

Sande Muletaber, Sandra

Envejecer en Uruguay: Políticas y olvidos

VIII Jornadas de Sociología de la UNLP

3 al 5 de diciembre de 2014

Cita sugerida:

Sande Muletaber, S. (2014). Envejecer en Uruguay: Políticas y olvidos. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en:

http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4546/ev.4546.pdf

Documento disponible para su consulta y descarga en **Memoria Académica**, repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)** de la **Universidad Nacional de La Plata**. Gestionado por **Bibhuma**, biblioteca de la FaHCE.

Para más información consulte los sitios:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>

<http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

Envejecer en Uruguay: Políticas y olvidos¹

Sandra Sande

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de los mayores desafíos. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impone exigencias económicas y sociales a la sociedad. Al mismo tiempo, las personas mayores ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que suponen una importante contribución a la estructura socioeconómica.

El envejecimiento de la población plantea a los responsables de las políticas algunas cuestiones preocupantes. ¿Podrá un número proporcionalmente menor de adultos trabajadores proporcionar a las personas mayores el apoyo que necesitan? ¿Hará quebrar una cantidad tal de personas mayores los sistemas sanitarios y sociales? ¿Cómo se puede ayudar a los mayores a seguir siendo independientes y activos? ¿Cómo repartir de forma equilibrada el cuidado de las personas mayores que necesitan asistencia entre la familia y el Estado en el marco de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados? ¿Cómo aprovechar mejor la sabiduría, la experiencia y el talento de los mayores? Ahora que vivimos más, ¿cómo podemos mejorar la calidad de vida en la edad avanzada?

El Uruguay es uno de los países más envejecidos de América Latina. El porcentaje de mayores de 65 años alcanza el 14.11% de la población y la edad mediana de la población es de 31 años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), del año 2004, la prevalencia de la discapacidad alcanza al 7.6% y en el caso de los adultos mayores de 65 años la incidencia es de un 25%, lo que representa el 65% de las personas con alguna discapacidad.

Para analizar la situación de la vejez en la sociedad contemporánea es necesario recurrir a algunas características que asume la cuestión social como núcleo constitutivo de la institucionalización de las políticas sociales. Una de las prácticas que implementan las políticas sociales focalizadas parte de la adopción de los enfoques de riesgo social como

¹ Mg. Sandra Sande Muletaber, Licenciada en T.S. Lic. en Sociología. Docente de la FCS de la Universidad de la República sandrasande@hotmail.com

fundamento técnico (Beck, 1998 y 1997; Giddens, 1991, 1992 y 1997; Lash, 1997) de la inclusión o no de la población en los beneficios.

Sobre la vejez y el envejecimiento

La vejez representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad, puede ir asociada a una pérdida de la capacidad para llevar a cabo actividades básicas, con lo cual puede asimilarse al concepto de discapacidad a partir del fenómeno del “envejecimiento del envejecimiento”. En términos generales se puede definir el envejecimiento como producto de la carga genética del individuo que se desarrolla en un medio ambiente determinado, en definitiva, como un proceso progresivo que presenta modificaciones morfológicas, bioquímicas, psicológicas originadas por el paso del tiempo. Es de carácter universal, continuo y fisiológico (Muchnik, 2006; Sánchez Delgado, 2005; Ludi, 2006)

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad. Hitzig(2011), plantea que Helena de Troya provocó una guerra a los 12 años; la idea detrás de la anécdota, es dar cuenta que se era entonces viejo a los 30 años. Es imposible pensar en la vejez aislada del contexto sociocultural e histórico. La consideración de variables redefine el concepto y lleva a pensar que ha existido una vejez propia de cada tiempo y lugar. Es un hecho biológico y una construcción social, hoy Helena, en Uruguay, estaría saliendo de primaria, y sus padres con cuarenta años se prepararían para vivir cuarenta años más.

Desde que las sociedades se piensan a sí mismas, hay una conceptualización sobre la vejez, a grosso modo podemos decir que hay dos “tipos ideales” de abordaje que se pueden identificar: a) la perspectiva platónica con una visión positiva de la vejez y con una postura que tiende a dar relevancia a la prevención y la profilaxis y b) la perspectiva aristotélica que considera a la vejez como una enfermedad natural.

La vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos. La vejez es la etapa de la vida en que las señales del envejecimiento se hacen más evidentes y deshabilitantes. Mientras que uno es un proceso (el envejecimiento), la

otra es un estado (la vejez). La consideración de la vejez como falta de proyecto, es caer en preconceptos, imbuirse del “viejismo”, ya que no depende de la edad cronológica, sino de la estructura psíquica. Se puede ser viejo a los 60 y estar en un proceso de envejecimiento a los 86 años.

La expectativa de vida (EV) es un patrón de medida sanitario-social evaluado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para Uruguay al 2010 la esperanza de vida al nacer era de 72 años para los hombres y 79 para las mujeres. Estos guarismos cambian a medida que pasa el tiempo, y se sobrevive un año más, a los 60 años, la esperanza de vida es de 18 y 24 años respectivamente, por lo cual las mujeres vivirán hasta los 84 años y los hombres hasta los 78, debido a las mejoras en las condiciones sanitarias (Paredes, 2010: 16)

Hay diferentes teorías sobre los cambios en la mortalidad, hasta los años sesenta, las tesis tenían que ver con las mejoras en la salud pública, en las condiciones de higiene, en el control de las enfermedades y el rol del Estado en la organización de la defensa contra la enfermedad. A partir de 1976 se ve modificada por el cambio en la virulencia de las enfermedades, el avance de la medicina, el control público de la salud y las medidas sanitarias (McKeown, 1989), así como por la mejora de los niveles de vida (nutrición, sinergia, infección).

En definitiva tiene que ver con las determinantes clásicas: salud pública y desarrollo económico, pero también con los cambios culturales y sociales. Está relacionada a la tasa de mortalidad (instrumento para modelizar el comportamiento de la mortalidad en la población) y tiene correlato con la esperanza de vida al nacer. En cambio la expectativa de vida saludable (EVS) tiene que ver con cómo se viven esos años. Lamentablemente no siempre van juntas, se ha logrado extender la vida, pero no la calidad de vida, en general se viven más años, pero estos años se viven en el estado de vejez. Si el envejecimiento es un proceso natural, la vejez es un estado muchas veces relacionado a la dependencia y a la discapacidad.

La edad cronológica está dada por los años vividos, da cuenta del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento, son los años que se cumplen, la edad biológica tiene que ver con el transcurso de la vida, da cuenta de la trayectoria. La edad biológica tiene

que ver con el “curso de vida”, de cómo ambas edades se acerquen o separen, será su correlato en el envejecimiento, pudiendo llegar el caso que la edad biológica sea menor que la cronológica, o su opuesto, si se logra transformar los años en “buenos” años, la edad cronológica, no impactará en la calidad de esa vida. Evitar que la edad biológica se dispare por sobre la cronológica es parte del aprendizaje sobre el envejecimiento normal. El auto cuidado y la salud son elementos indispensables. Para ello hay que prepararse. La variabilidad existente entre ambos procesos depende de cinco factores: el auto cuidado, la alimentación, el pensamiento, el sentimiento y el movimiento.

El ritmo del envejecimiento y el grado de salud que pueda tener una persona está relacionado con su entorno, tanto interno como externo, es decir, depende tanto de los estímulos que recibe del exterior, como de su bagaje de emociones, sentimientos, pensamientos y experiencias

Cada persona cuando llega a una edad avanzada, comienza a experimentar cambios en la funcionalidad de sus órganos y se producen modificaciones en sus actividades. Por lo general, estos cambios no son considerados de manera positiva; por el contrario, se tiende a pensar -y a hacer sentir a las personas mayores- que ya no tienen nada que aportar, que cumplieron su rol en la sociedad, en la familia. Esta situación desencadena que las personas tiendan a sentir cierto rechazo y resignación cuando comienzan a envejecer y a sentir y pensar que ya no tienen la misma energía y capacidad para hacer cosas. Aparecen dificultades en la salud, en la movilidad, en la funcionalidad, los que son generalmente interpretados negativamente. Esto además se percibe como “típico”, como producto de la “vejez” y por tanto como “algo negativo” principalmente porque desde niños hemos sentido que envejecer es malo, que es un signo de inutilidad y estorbo y que además se aproxima la muerte (Fierro; 1994, Arriola; 1997, Viguera; 2001). No se prepara a las personas para envejecer de manera positiva y saludable. Establecer una edad para determinar el comienzo de la vejez es una construcción social, que sólo parcialmente está determinada por factores biológicos, de ahí que la categoría viejo es un estado adscrito, generalmente aceptado por las personas, pero no elegido. (Laslett, 1996)

Para la Organización Mundial de la Salud el envejecimiento individual es “Un proceso normal que ocurre a todos los seres vivos, comienza en el momento en que se nace, se

acentúa en los últimos años. Se produce una limitación de la adaptabilidad. Es un proceso no uniforme, es diferente de una especie a otra, de un hombre a otro, en un mismo ser humano no todos sus órganos envejecen al mismo tiempo” (OMS 2000; 89)

En el campo de la investigación sobre “el envejecimiento del ser humano”, se han creado distintas teorías de carácter psicológico, sociológico o psicosocial, las cuales manifiestan la representación que las ciencias sociales ofrecen de la vejez y del proceso de envejecer. El envejecimiento activo es un proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad en la expectativa de mejorar la calidad de vida durante el envejecimiento. El término fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a fines de los años noventa con el objetivo de una definición más completa que la de “envejecimiento saludable” basándose principalmente en los derechos humanos de los adultos mayores y en los pilares de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. La propuesta de esta teoría es aplicada no solo a los individuos sino a las poblaciones y enfatiza en la realización personal, participación y la protección social.

La propuesta sobre un envejecimiento activo abarca tanto a las políticas y programas que deben propender a fomentar la responsabilidad individual, pero que debe posibilitar los entornos y recursos adecuados. Según esta teoría las personas deben “planificar su vejez y prepararse para ella”. Esto implicaría que las personas propendan a un autocuidado y a la adopción de conductas y prácticas de salud en todas las etapas de sus vidas.

El sentimiento de estar viejo es gradual y progresivo, el transcurso de la biografía personal indefectiblemente conduce a la modificación de las funciones biológicas, consecuencia del paso del tiempo. Este proceso se acompaña de pérdidas funcionales irreversibles y de diferentes sentimientos que pasan desde la aceptación hasta la resignación. La vejez es siempre un momento de la vida en que se suman fragilidades, pero depende de diferentes factores: biológicos, sociales y culturales. Los factores biológicos si bien pueden estar condicionados por la genética, por ejemplo la duración de la vida, inciden y muchas veces prevalecen, las condiciones materiales: “cómo” y “qué tipo” de calidad de vida. Los factores sociales y culturales son también

coadyuvantes a la hora de definir el tipo de vejez (...) la vida humana requiere un nivel de comprensión que aborde la complejidad del entorno” (Muchinik, 2005:68)

El propio nombre del colectivo, “viejos”, “ancianos”, “adultos mayores”, nos remite a preguntarnos ¿una única realidad? ¿Una única vejez? Es así que podemos entender diferentes conceptos que dan cuenta de distintas formas de abordar la temática.

Los mayores de 65 años a nivel mundial alcanzan a ser 660 millones, y el índice de envejecimiento mundial está en el orden del 7%, mientras que el de Uruguay es de 13.9%, ocupando el tercer lugar luego de la Comunidad Europea y el Japón en su envejecimiento poblacional, siendo la más envejecida de América con un 19% de mayores de 60 años y de esta población 35% de mayores de 75 (SABE-OPS, 2001, CEPAL-CELADE, 2009; Paredes, 2010; INE, 2011)

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto en la sociedad contemporánea. En términos demográficos se refiere al aumento relativo de personas de 60 años de edad y más, y a una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer. El envejecimiento de la población se ha asociado frecuentemente con los países más desarrollados, en los cuales una quinta parte de la población tiene más de 60 años de edad. Sin embargo, este proceso también ha ocurrido y está ocurriendo en los países menos industrializados.

Si se intenta definir la vejez como un estado, ésta tiene distintos momentos posibles para su inicio, de los cuales varios indican este comienzo, como los de carácter biológico, relacionado con la aparición de enfermedades físicas o dolencias, los de naturaleza social, esto último, se refiere a como es considerado el Adulto Mayor en cada sociedad particular. Para la Gerontología, la vejez implica tres aspectos importantes a considerar: Cambios Biológicos, Sociales y Psicológicos (Sánchez; 2005, Buendía; 1994, Iacub; 2011, Ludi; 2005)

El envejecimiento demográfico, es un fenómeno positivo ya que el avance socio-técnico ha permitido que se vivan cada vez más años. El siglo XXI debe responder al desafío con políticas concretas, porque esta “emergencia silenciosa” ha llegado y reclama su atención.

En 2002, las Naciones Unidas convocaron a la celebración en Madrid de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento. La propuesta fue promover iniciativas en todos los países para adaptarse a la enorme transformación social que está provocando el fenómeno del envejecimiento, que trasciende el ámbito de las políticas sociales.

Hay países que han tomado el desafío, el modelo español con su ley de dependencias, supuso una serie de medidas que apuntaron a incluir dentro del Estado de bienestar y completando la política de corte bienestarista a la dependencia de la población vieja y la población con discapacidad. Se trató de una respuesta política a las necesidades sociales vinculadas al envejecimiento de la población, la discapacidad y los cambios familiares ligados a la dependencia.

La dependencia es entendida, en este modelo como una “situación personal ligada a la falta de autonomía física o intelectual que se caracteriza por una necesidad importante y prolongada de ayuda o de asistencia para realizar los actos corrientes de la vida cotidiana, de modo particular lo referente al cuidado personal para desplazarse, vestirse, etcétera.” (Ley de Dependencia España, 2006).

La dependencia ha sido un problema gestionado desde la familia constituyéndose en un problema de la cotidianidad de los individuos y sus familias, poco visible para la sociedad y los Estados.

La vejez en Uruguay

En Uruguay, la atención a la dependencia en la vejez ha estado fuertemente sostenida en la familia y en la atención primaria a la salud. Ha sido un problema privado y sanitario. Esta situación ha llevado a que la atención a las situaciones de vulnerabilidad, fragilidad y dependencia, esté claramente signada por la desigualdad. La atención que se recibe depende de las circunstancias, peripecias y capacidades de las familias y los individuos. Se recibirá una mejor atención a partir del mercado, o a partir de un costo personal en la familia, centrado fuertemente en las mujeres. La privatización del cuidado conlleva a costos económicos, relacionales, emocionales y psíquicos, tanto para quienes son cuidados, como para quienes los cuidan.

Las respuestas dadas por el Estado uruguayo han sido pocas, hay un único Hospital Geriátrico en todo el país. La población que atiende es de la capital, dejando sin cobertura a los demás departamentos.

ntos, por razones de infraestructura y recursos.

Peró la respuesta no está exclusivamente en la conformación de más hospitales públicos, si bien son necesarios. Una excesiva medicalización de la dependencia es costosa para el sistema sanitario y sobre todo, no resuelve los verdaderos problemas de aquellos que pierden independencia y no puede valerle por sí mismos, ni de sus familias.

El modelo médico al colocar el foco en el tratamiento y en la gestión de los problemas como si fueran enfermedades, sostiene que las soluciones están más dentro del individuo que de la sociedad, y esto lleva nuevamente al desentendimiento de la responsabilidad social sobre la dependencia.

La situación económica del Uruguay, país subdesarrollado y tercermundista no escapa a la crisis global. Las últimas décadas han generado serias dificultades que problematizan el mantenimiento de las prestaciones sociales vinculadas al Estado. Si bien los indicadores económicos parecen ser favorables según los datos del Ministerio de Economía (MEF), siguen manteniéndose los índices de pobreza infantil, los procesos de segmentación residencial y educativa. Estos altos indicadores ponen en riesgo los niveles de integración de una sociedad que va perdiendo capital social. Es en este marco, donde el proceso de envejecimiento de la población plantea serios desafíos a la implementación de políticas sociales ya que pone en cuestión el soporte de prestaciones al desbalancear la proporción de aportantes sobre beneficiarios.

¿Qué rol debería jugar el Estado? Los técnicos pueden apoyar los procesos, las personas pueden trabajar en mejorar algunos aspectos de la calidad de vida pero hay condiciones que no se pueden manejar desde el proyecto reflejo en el sentido dado por los teóricos de la modernidad reflexiva (Giddens, 1995, Beck, 2001) que de alguna manera sustentarían estas propuestas.

En cuanto a la vejez, en el país, desde la seguridad social, se han instrumentado distintas políticas, focalizadas, a las personas mayores, determinadas por la situación de déficit económico de los distintos organismos ejecutores de esas políticas en varios períodos de la historia institucional. Para los ancianos autovalidos (80%) la medida más redituable es la prevención (definida como la promoción de la salud y el envejecimiento saludable, envejecimiento activo).

Pero en el caso de los ancianos vulnerables se ve como necesaria la reconversión de la atención de salud en tanto modelo actual, reglamentado, basado en cuidado de agudos y sin contrapartes sociales. Entre el 5 y el 7 % de los ancianos están institucionalizados (en residencias e instituciones públicas), lo que supone alrededor de 300.000 personas (el triple de las camas de agudos del país)

Si el envejecimiento se conceptualiza como una experiencia natural, evolutiva, dinámica, si las personas son sujetos envejecientes, la vejez es una etapa. El avance de la gerontología social ha mostrado que vejez y el proceso de envejecimiento se sustentan en las influencias de los factores ambientales y sociales y que también se debe tener en cuenta que la estructura de la personalidad y del aparato psíquico va cambiando a lo largo de la vida.

El interés se debería centrar en las “transiciones” del ciclo de vida. Las que se realizan en la etapa de la vejez son: la sobrevivencia, el sentido del “nido vacío”, el retiro del empleo, la abuelidad, la soltería (por viudez, elección o divorcio) y los cambios en la vivienda. El aumento de la expectativa de vida, sobre todo entre los que sobrepasan los ochenta años, trae otras consecuencias en la familia, aparece un incremento de arreglos familiares con convivencia de más de cuatro generaciones, llegando a suceder que una persona pueda ser bisabuelo, abuelo, padre e hijo al mismo tiempo, siendo una de las implicaciones más profundas de la sobrevivencia a edades tardías.

El cuidado debe ser brindado, pero a su vez, el balance entre éste y los costos familiares debe ser pensado. Adultos mayores cuidados por sus hijos, que a su vez transitan la etapa de la vejez (abuelos de sesenta y más con bisabuelos de ochenta años y más) y esto es un asunto público no depende sólo de las familias.

Otro problema vinculado, refiere a la feminización de los cuidados. Según Batthyany (2010) el déficit de cuidado se ve en la insuficiencia de atención que prestan las políticas sociales a la situación de dependencia en el ámbito público. Actualmente existe un déficit de cuidados importante, pero esta problemática no ha impactado aún porque Uruguay tiene aún una generación de mujeres que amortiguan este impacto. Se trata de mujeres de 60 y más años que no están involucradas al mercado de empleo. El cuidado de la vejez dependiente recae fundamentalmente en lo que se denomina “apoyo informal” con un fuerte acento en las mujeres de las familias, las que se van

incorporando al mercado laboral pero conservando la atribución de roles tradicionales en lo que concierne a los cuidados.

“Los cambios en las formas de vivir en familia y los cambios en el mercado de trabajo no han provocado acciones públicas suficientes para atender las nuevas necesidades sociales emergentes, especialmente a las necesidades de cuidado (...) El envejecimiento es un desafío político y es previsible. En la medida que se sabe que: la mayoría de las personas mayores son mujeres, que la mayoría de los cuidadores familiares son mujeres, que la mayoría de las personas mayores vulnerables son mujeres y que la mayoría de las personas mayores solas son mujeres (Batthyany, 2010:97).

Las políticas sociales en vejez

El Estado uruguayo ha actuado a lo largo del tiempo en la provisión de situaciones sociales a través de la provisión de bienes y servicios articulados al mundo del trabajo (Filgueira; 2006, Hernández; 2000; Paredes; 2006 y 2008, Midaglia; 2001, Huenchuan; 1999). Las políticas pioneras en materia de vejez fueron las de seguridad social. Esta forma de provisión ha beneficiado históricamente a las “corporaciones y las clases medias y medias bajas que percibían ingresos generalmente de la función pública y de las jubilaciones. Ello se complementó con un pilar básico del modelo que fue la prestación universalista de servicios de salud y educación” (Perdomo; 2009: 59)

Las políticas sociales han ido variando a través de los años, siguiendo al modelo de desarrollo que el Estado iba adoptando. Desde la década del treinta y hasta la del setenta del siglo pasado, el Estado implementó prestaciones centralizadas de servicios de salud, educación y seguridad social de carácter universales.

A partir de los setenta se comienza a transitar, también en el país, la denominada “crisis de los Estados de bienestar” conteste con la crisis del modelo de desarrollo por sustitución de importaciones. Se ha criticado al Uruguay “proteccionista” fundamentalmente a partir de la ineficiencia del Estado en la provisión de los servicios públicos. Las propuestas clientelistas, así como la presión de la ciudadanía por más y mejores servicios, generaron un tipo de respuesta burocrática y corporativa que incidió en la ineficiencia y generó una ruptura del consenso sobre los beneficios de un Estado intervencionista.

Durante los años noventa del siglo pasado primó una visión generalizada a partir del Consenso de Washington, que concebía a las políticas sociales desde la protección social y una visión de gerenciamiento que visualizaba a la protección social y al Estado de bienestar como un mecanismo que enlentecía el crecimiento económico y cuyo rol debería ser el sostén de la población que no lograban incluirse en la sociedad. Subyace en esa propuesta una justificación normativa que consiste en asegurar que los individuos de una sociedad alcancen el estándar de vida considerado básico en esa sociedad, para evitar situaciones de privación extrema.

La creación de un nuevo consenso sobre las formas de intervención del Estado apeló a la disminución de las acciones, sobre todo en aquellas áreas donde el mercado o la sociedad civil podrían actuar. La propuesta fue de un Estado en las funciones indelegables (Estado mínimo) y se pasa a una descentralización de funciones a partir de la privatización y tercerización. Aparecen en escena las políticas focalizadas hacia los grupos vulnerables, entre ellos las personas con discapacidad y los viejos.

“Uruguay no estuvo ausente de estos procesos, durante los 90 se intentó llevar adelante reformas estructurales de los tres pilares básicos del modelo de bienestar: reformas del sistema de salud, educación y de la seguridad social. Finalmente la reforma del sistema de salud no se llevó adelante, mientras que si se reformaron los sistemas educativos y de seguridad social” (Perdomo; 2009: 60)

El sistema de protección permanente, así como la extensión del sistema de seguridad social mediante la incorporación de beneficios no contributivos como transferencia de ingresos, se está implementando en Uruguay desde el año 2005, creándose nuevos dispositivos que aseguran el acceso a la protección social de los grupos excluidos. Los nuevos programas, de corte permanente, se conciben insertos en el sistema de seguridad social, como alternativa a la creación de sistemas asistenciales paralelos, para estos grupos se implementa la verificación de medios para establecer condiciones para su recepción (Arimetal, 2009). Son ejemplo de esto, la expansión del régimen de asignaciones familiares hacia los hogares de menores recursos (1999 y 2004), la prestación monetaria del ingreso ciudadano (PANES, 2005) y la reformulación de las asignaciones familiares (Plande Equidad, 2008).

En Uruguay los planes implementados incluyen entre sus prestaciones esenciales las transferencias de ingresos -una estrategia de acción generalizada en América Latina- la particularidad del caso uruguayo reside en la forma en que se pretende ensamblar los con el resto de las intervenciones públicas. La propuesta es que se transformen en un modelo de los actores articuladores de los servicios universales de bienestar con los programas específicos de protección (Midaglia, 2007)

Las transferencias públicas se producen a través de una asignación de recursos desde el Estado a grupos de personas visualizadas como “carentes”. Esta transferencia está sujeta a criterios de asignación: desde la necesidad o la pobreza, hasta la lógica de derechos universales. En el primer caso, estarán sujeta a demostración, para aquellos que no acrediten “necesidad” la supervivencia dependerá del intercambio en el mercado, será pues una relación mercantilizada (Esping-Andersen, 1990)

La verificación de medios adopta fundamentalmente dos modalidades en nuestro país: la declaración de ingresos por debajo de determinado monto (asignaciones familiares hasta 2007) o índice de privación (ingreso ciudadano) combinados con niveles de ingreso.

Del análisis realizado sobre la implementación de este tipo de políticas (2009: Debate Sobre Políticas Sociales), los resultados son limitados: positivos en escolaridad, salud y alimentación de hogares pobres, pero no han sido activos en la eliminación de la pobreza en el corto plazo y sobre todo los impactos son inciertos en el aspecto educativo del capital humano y en la reducción de la pobreza en el largo plazo.

Con respecto a las diferencias de género y generación, estos programas presentan limitaciones para promover la igualdad de género sobre todo, al no estar diseñados desde esa perspectiva. Si bien, al entregar las transferencias a las mujeres, reconocen la importancia que éstas tienen en la administración de los recursos del hogar, reproduciendo la construcción de género, reforzando el modelo de responsabilidad en la gestión del doméstico.

Como contrapartida, estos programas aumentan las expectativas que tienen la población con respecto al papel del Estado en la asignación de recursos, las prestaciones que se asientan, tienden a generar entre quienes las reciben agradecimiento y no fortalecen la noción de ciudadanía o la idea de derechos, mientras presentan

afirmación positiva en el acceso de las mujeres a la política social mediante el acceso a las transferencias (Martínez y Koen Vooerend; 2007).

Una de las críticas más fuertes que se le hacen a las transferencias condicionadas se basa en la supuesta predisposición de los beneficiarios a depender del subsidio. De los estudios realizados en los distintos programas productivos de los dispositivos de monitoreo y evaluación (Brasil, México, Colombia) nos surgen datos relevantes que muestran efectos negativos en el mercado laboral, sobre todo por el monto y alcance del subsidio, que no alcanza a sustituir los ingresos familiares.

Otra crítica que se le realiza es el carácter asistencialista que tienen estos programas y con respecto a la capacidad de sostenerse en cuanto a inversión y capacidad fiscal del Estado, habida cuenta que la mayoría de estos programas han sido financiados con créditos internacionales. La ventaja que tienen es la inmediatez en la resolución de los problemas, con la salvedad que logran una adecuada focalización en los más necesitados.

La discusión central sobre los criterios éticos y distributivos que entran en cuestión parte de la oposición entre dos lógicas: por un lado una lógica meritocrática y por otro una igualdaditarista de distribución de recursos. La idea del merecimiento está apoyada en la historia del luchador sindical, a partir de su defensa de los niveles contributivos. Sin embargo, la mayor parte de la protección social está ligada al trabajo remunerado formal, que funciona desde una lógica de merecimiento “aporté: tengo derecho a determinada prestación”. Los estados de bienestar tienen su sustento en esto.

Pero en la actualidad cuando la segmentación del empleo hace que muchas personas no tengan acceso a un empleo formal, es por lo menos problemático pensar en un sistema contributivo de prestaciones sociales, aún más, cuando estas contribuciones, de poder realizarse, al tener empleo formal son obligatorias y no voluntarias; ¿no son más un resultado de azar que el mérito? ¿si no existen igualdad de oportunidades, ¿hay merecimientos? La proporción de quienes consueven fuerza de trabajo pueden acceder; ¿tiene que ver con talentos y calificaciones o con oportunidades de acceso?

Los Estados tienen como rol específico y normativo: cubrir ciertos riesgos contingentes que enfrentan las personas a lo largo de la vida. Esos riesgos son de distinta naturaleza y

se dan en función del lugar específico donde las personas ubican su trayectoria vital y pueden vincularse al desempleo, la enfermedad, la discapacidad o asociarse al derecho a tener un retiro pago, una vez alcanzada cierta edad. La oferta pública de incentivos, bienes y servicios que se ofrecen a la población vieja en Uruguay fueron relevadas por el Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social en el año 2007 y a ese momento contaba con 269 programas sociales. Los objetivos de los programas dan cuenta de las áreas específicas de los organismos que las implementan

Según las tipologías de políticas de vejez propuestas por Huenchuan (1999) y Morris (2007) se pueden distinguir:

- 1- Políticas orientadas a la pobreza y la vulnerabilidad. Ejemplo de éstas son las prestaciones monetarias del tipo Asistencia a la Vejez, así como las pensiones y jubilaciones. Incluidas en esta clasificación las políticas implementadas por el Bancode Previsión Social (jubilaciones y pensiones), Ministerio de Desarrollo Social, con la Asistencia a la Vejez, y el Ministerio de Salud Pública, con el Hospital Piñeyro del Campo.
- 2- Las políticas orientadas a la integración social. Están vinculadas a la inserción social de los adultos mayores con pérdida de autonomía, ejemplo de éstas son las acciones de ayuda en las actividades cotidianas, como medida alternativa a la institucionalización, este tipo de políticas no han sido implementadas, aunque se podrían conceptualizar dentro de éstas el otorgamiento de una ayuda extraordinaria por parte del Bancode Previsión Social para la rehabilitación de las personas con discapacidad.
- 3- Las políticas orientadas a la afirmación de derechos. Estas políticas están vinculadas al reconocimiento de los adultos mayores como sujetos de derechos, en esta clasificación entraría la creación del Instituto del Adulto Mayor por parte del Ministerio de Desarrollo Social.
- 4- Políticas orientadas a la vulnerabilidad. Lo que se pretende por medio de éstas es “anticipar y desactivar” determinados riesgos. Aquí podríamos incluir algunos programas del Ministerio de Salud Pública.

Los programas que atienden a esta población no son nuevos. Se puede definir un primer período en la creación de programas de protección a las personas adultas mayores en la etapa de formación del sistema de protección social del Estado uruguayo. Una segunda etapa corresponde al período del neobatllismo hasta la dictadura, un tercer período que va desde la restauración de la democracia en el año 1985, con el gobierno de Sanguinetti, y un cuarto período a partir de la llegada de la izquierda al gobierno a partir del 2005. Cada período ha tenido formas de entender a las políticas sociales en vejez que responden a diferentes concepciones de justicia, de formas de entender la vejez que pueden conceptualizarse como modelos ideales de políticas en vejez.

Serrat (2004) plantea que los valores y conceptos aplicados a la elaboración de una clasificación están previstos en los modelos de interpretación. “Por ejemplo en circunstancias en que la discapacidad es considerada como una cuestión esencialmente médica, consecuencia de enfermedad o accidentes, las clasificaciones ensayadas respetaron aquel *“modelo medicalizado”* (...) Tiempo después, el problema fue conceptualizado desde un marco más amplio (...) cuando la persona con discapacidad pasa a ser referida a las condiciones de bienestar (...) tendrá en cuenta las facilidades o limitaciones “ (Serrat: 2004:65), se está en presencia de un modelo socializado.

A esta clasificación agrega el modelo del mercado, que denomina *“modelo mercantilizado”* tratándose de atender a las políticas asistenciales de la década del noventa, agregándole la variable de la *“riqueza”* para poder dar cuenta de la brecha entre las personas que pueden acceder al mercado en busca de soluciones a las situaciones de dependencia.

A partir de esta propuesta se realiza una tipología de las políticas sociales en vejez en Uruguay a partir de las teorías sobre la vejez y el envejecimiento que las inspiraron y los modelos de justicia que subyacen en su implementación

Clasificación de las políticas que se han desarrollado en el país.

Tipo de Modelo	Medicalizado	Socializado	Mercantilizado		Emergente
			Con Riqueza	Con pobreza	
Teoría	Liberalismo	Utilitarismo	Neoliberalismo o "proyecto reflejo"	Neoliberalismo "ausencia de proyecto colectivo"	Sociedades post-tradicionales
Contexto sociopolítico	Siglos XIX y XX hasta 1950. Estado de fomento de los derechos políticos y civiles	Emergencia del Tercer Mundo. Estado de Bienestar 1950-1970	1970-2000	1970-2000 Igualdad de oportunidades	Siglo XXI Igualdad de posiciones
Políticas asistenciales	Creación de Cajas provisionales. Conformación de asilos.		Alma-ata		Plan Nacional de envejecimiento y vejez-Sistema Nacional de cuidados
Teoría sobre vejez y discapacidad	Medicalización de los conceptos	Teoría de la separación	Teoría de la actividad. Teoría de la subcultura	Teoría de la separación. Teoría de la modernización	Envejecimiento como proceso
Actividad asistencial	Asilar-hospitalaria	Actuaciones interdisciplinarias	Cobertura por el mercado		Reconversión de IPIñeyro
Interpretación de salud, enfermedad	La salud como una responsabilidad individual	La salud como un derecho	Sistema de cliente	Pérdida de apoyos, vuelta a la responsabilidad individual	Sujeto envejeciente Construcción social de la discapacidad

Fuente: Elaboración propia en base a Serrat (2004)

A manera de síntesis

Cada particular tiempo histórico ha entendido determinadas prácticas como “lo justo” y de cómo cada sociedad ha concebido la construcción de la compleja condición de “persona” se da el correlato en términos de distribución de los beneficios sociales. No es lo mismo ser un discapacitado, que una persona con discapacidad, y no es sólo una construcción del lenguaje, es una concepción de dignidad. Nombrar no es ingenuo, como tampoco lo es la concepción de justicia que lo sostiene.

Uruguay es un país envejecido en el que en el presente contexto histórico los comportamientos sociodemográficos dan cuenta de una particular situación del país, que no se ha visto acompañada en su correlato por las políticas públicas. Se habla incluso de dos modelos de transición demográfica en el país, y sin embargo en torno a la vejez, se puede pensar en un imaginario social de discriminación a este sector de la población.

Si bien, se puede pensar en un modelo diferencial de apoyo, según los distintos niveles socioeconómicos, la responsabilidad del “cuidado” de la dependencia, ha sido en Uruguay, un problema “privado”. No ha sido un “problema social”, sino un problema de las personas y de las familias. Se ha tratado a partir de las políticas públicas de cubrir algunos aspectos, aparece en el Estado la atención a la Seguridad Social y en los últimos años se han promulgado leyes que van en el sentido de la protección de las personas en situación de vulnerabilidad.

La necesidad de implementar políticas que atiendan a la dependencia no implica la idea de sustituir a las familias, ya que éstas deben seguir siendo la unidad de referencia, incluso cuando los cuidados provengan del exterior, dado que son necesarias como instrumento vehicular entre la atención y la persona dependiente. Pero lo que se debe atender, lo que se tiene que proteger es a las personas, que estando en situación de vulnerabilidad, tienen el derecho de ser protegidos, no importa su peripecia, ni si tiene familia o no, o las circunstancias de éstas.

Desde el advenimiento de los gobiernos de izquierda en el país, se han instrumentado distintas políticas para combatir la pobreza extrema y particularmente para las personas mayores que no cuenten con los años de aportes previsionales suficientes (ya sea porque se encontraban fuera del sistema por su trayectoria laboral, como así también muchas situaciones en las cuales se les realizaban las retenciones al trabajador que luego no eran

volcadas al BPS) se estableció una pensión no contributiva para los mayores de 65 años. El requisito para incorporarse es el haber integrado una familia que cobró el plan de emergencia y la propuesta es que se irán incorporando paulatinamente el resto de los mayores de 65 años que demuestren la carencia. En este sentido, la asistencia a la vejez evita bajar la edad “legal” para ser beneficiario de la pensión a la vejez, lo cual implica discrecionalidad, al no ser un derecho, lo puede quitar el gobierno de turno.

Si se suma a la problemática de las políticas focales de trasfondo económico, la carencia de soportes sociales que “amortigüen” las dificultades que atraviesan los sujetos debido a la edad y sus consecuencias, no se está atendiendo la problemática de la vejez vulnerable. Es necesario construir un marco para el desarrollo de las potencialidades personales, es decir, potenciar la trayectoria vital de las personas, asegurando siempre el acceso al bienestar.

En el cuidado a la dependencia, la familia ya se encuentra al máximo de su capacidad de cuidados. Es necesario trasladar la responsabilidad de la atención a la dependencia a la esfera pública y en mayor medida hacia la esfera social, basculando entre lo sanitario y lo social, encontrando la forma de integrarlo en un sistema de cuidados. El planteamiento estatal del problema de la dependencia debería abordar el traslado de la responsabilidad desde la familia a la sociedad y de la atención desde lo médico a lo social, cuando éste sea el caso.

No son las personas en situación de vulnerabilidad, dada por la dependencia, quienes deben dividir sus necesidades entre lo social y lo sanitario, sino que la respuesta debe incluir a ambas, evitando el peregrinaje de las personas en busca de soluciones. Se requieren enfoques integrales, que procuren la equidad asociando las acciones frente a los pobres con la reforma y reforzamiento de las instituciones de seguridad social. El riesgo a futuro es acentuar la segmentación de las instituciones sociales entre quienes estén asegurados y quienes son asistidos temporalmente y esto, con la posibilidad cierta de que una nueva decisión política los deje sin protección.

Bibliografía

Alayon R.(2012) Políticas Sociales ¿Universales o Focalizadas? iniciativa. Espacio de debate, político social y cultural.

Arim R, et al (2009) “Programas sociales y transferencias de ingresos en Uruguay: los beneficios no contributivos y las alternativas para su extensión” Santiago de Chile, Cepal división de Desarrollo Social,

Barran, P; Nahum B.(2002) “Historia política e historia económica” Montevideo: Ed. de la Banda Oriental.

Buendía, J. y Riquelme, A. (1994). “Jubilación, Salud y Envejecimiento” En: Buendía (comp) “ Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI.

Cepal (2006) “Programas sociales y transferencias de ingresos” en: Uruguay serie políticas sociales No 146.

Dell’anno A.; Corbacho M.; Serrat M., (coord) (2004) “Alternativas de la diversidad social: Las personas con discapacidad” Buenos Aires: Espacio Editorial.

Franco R. (1996) “Los paradigmas de la política social” Cepal Revista 58.

García S.; Rovira A.; Sammarco I. (coord) (2009) “Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer debate nacional sobre Políticas Sociales, envejecimiento y territorio”, Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.

Golbert L. y Giacometti C. (2008) “Los programas de transferencia de ingresos condicionados: el caso argentino” IEHC – CIEPLAN.

Marinez J. Voorend K (2008) “Transferencias condicionadas, regimenes de bienestar e igualdad de genero: ¿blancos, negros o grises?” Costa Rica: Dt, Instituto de investigaciones sociales, Universidad de Costa Rica..

Midaglia C. y Antía F. (2007) “La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social” Montevideo: Revista uruguaya de Ciencia Política – ICP.

Midaglia, C., et al(2006) “Las tercerizaciones de las prestaciones sociales: un debate político inconcluso” Montevideo: Informe de consultoría,Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

Otero A., Zunzunegui M, Rodríguez-laso A, Aguilar M, Lázaro P. (2004) “Volumen y tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española”. Rev esp Salud Pública.

Paola j, Samter N., Manes R. (2011) “Trabajo social en el campo gerontológico” Buenos Aires: Espacio editorial.

Rodríguez Cabrero G (coord.) (1999) ”La protección social de la dependencia” Madrid: IMSERSO.

Van der Venn; Groot Lock y Lo Vuolo,(2002) “La renta básica en la agenda: objetivos y posibilidades del ingreso ciudadano” Ed. Miño y Dávila. CIEPP.

Villatoro P. (2005) “Programas de transferencias monetarias condicionadas: experiencias en América Latina” en: Revista de la Cepal nº 86 . Ed. CEPAL.